UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 140

DE QUELQUES COMPLICATIONS DE L'ANUS CONTRE-NATURE

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Mai 1920

PAR

Augustin SANGUINETTI

Né à Dijon, le 9 Février 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { FORGUE, professeur, *Président.* ESTOR, professeur. RICHE, agrégé. ETIENNE, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

DE QUELQUES COMPLICATIONS

DE

L'ANUS CONTRE-NATURE

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0038

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 140

DE QUELQUES COMPLICATIONS

DE

L'ANUS CONTRE-NATURE

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Mai 1920

PAR

Augustin SANGUINETTI

Né à Dijon, le 9 Février 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

OTHEEK RIJKS UNIV. EIDEN

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	MAIRET (✲)	DOYEN.
	N...	ASSESSEUR
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM	TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET (✲)
Physique médicale		IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique		TRUC (O ✲)
Physiologie		HEDON (✲).
Histologie		VIALLETON
Clinique médicale		DUCAMP (✲)
Anatomie		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (I
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale		VIRES (✲).
Anatomie pathologique		MASSABUAU (✲)
Chimie biologique et médicale		DERRIEN (✲)
Microbiologie		N. . .
Pathologie interne		N...
Clinique médicale		N...
Médecine légale et toxicologie		N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM.	DE ROUVILLE, prof.-adj
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU (O ✲ ✲) a.l. (ch. de c
Médecine opératoire		SOUBEYRAN ✲ ✲, a. l. (c. c.)
Pathologie externe		RICHE, agrége. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards		EUZIERE, agrége. (ch. d. c.)
Accouchements		P. DELMAS, agrége (c. c.)
Matière médicale		CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie		LISBONNE, agrégé, (ch. de c.
Stomatologie		WATON ✲ (✲) doct. (c. c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✲).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	RUZIERE.	PECH ✲ (ch. d'agr.).
GAUSSEL (✲ ✲).	J. DELMAS (✲).	
RICHE.	RIMBAUD ✲.	

Examinateurs de la thèse :

MM. ESTOR, prof., *Président.*	MM. RICHE, agrégé
FORGUE, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A. SANGUINETTI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A. SANGUINETTI.

DE QUELQUES COMPLICATIONS

DE

L'ANUS CONTRE-NATURE

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été donnée par M. le professeur Riche. Ayant eu l'occasion d'observer un cas de prolapsus d'un segment d'intestin à travers un anus contre-nature et un autre cas de sténose de l'anus, il eut l'obligeance de nous communiquer ses deux observations, en nous suggérant l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Ce modeste travail n'a pas la prétention de traiter à fond toutes les complications de l'anus contre-nature, ce sujet ayant été d'ailleurs magistralement exposé par M. Géraud, en 1902, dans sa remarquable thèse : « *Des complications de l'anus contre-nature* » à laquelle il n'y a rien à reprendre. Nous voulons simplement, apportant les deux observations inédites de M. le professeur Riche, insister

sur deux complications possibles — prolapsus intestinal et sténose de l'anus — et mettre de la sorte en garde opérateur et malade contre ces fâcheuses éventualités.

Les deux observations de M. le professeur Riche constituant la base de cette étude, nous nous faisons un devoir de lui adresser l'expression de notre très vive gratitude et nos plus sincères remerciements.

Après un bref résumé de l'anus contre-nature sans complication, nous étudierons, en une série de chapitres, les accidents d'ordre mécanique: prolapsus de l'intestin et sténose de l'anus, qui nous intéressent spécialement dans ce travail, en passant successivement en revue l'anatomie pathologique, les symptômes, les complications possibles, le diagnostic et le traitement de ces diverses affections.

GENERALITES SUR L'ANUS CONTRE-NATURE

Et d'abord, comment définir l'anus contre-nature? Avec Pollosson, on peut dire : « Ce qui caractérise l'anus contre-nature et le distingue de la fistule stercorale, c'est qu'il livre passage à la totalité ou à la plus grande partie des matières, c'est qu'il joue pathologiquement le rôle physiologique dévolu à l'orifice anal ». Au point de vue étiologique, on peut grouper les anus en deux classes : les anus accidentels et les anus chirurgicaux. Parmi les causes les plus importantes des premiers, nous signalerons les étranglements herniaires et parfois aussi les appendicites, les abcès péri-intestinaux, laparotomies et les plaies diverses de l'abdomen consécutives à des traumatismes. Les anus chirurgicaux sont ceux que le chirurgien établit lui-même soit qu'il se trouve devant une occlusion causée par un volvulus, un étranglement, une invagination ou tout autre obstruction, soit qu'il ait besoin, en présence d'un cancer du côlon ou du rectum principalement, de faire une dérivation des matières. Enfin on a même signalé quelques cas d'anus contre-nature congénitaux et MM. les professeurs Forgue et Riche ont donné une étude approfondie des fistules ombilicales par diverticule de Meckel. (*Le diverticule de Meckel,* Paris, Doin, 1907.)

Anatomie pathologique. — Il faut considérer dans un anus contre-nature, l'orifice cutané, le trajet, l'orifice intestinal et les deux segments intestinaux et son méso. C'est principalement dans la région inguino-iliaque droite, à cause des étranglements herniaires et de l'appendicite que se trouve l'orifice. Survienne un phlegmon péri-herniaire et on peut voir s'établir plusieurs orifices fistuleux autour desquels la peau est rouge et eczémateuse. Si on enfonce un doigt dans cet orifice, il traverse un trajet pariétal plus ou moins direct ou oblique suivant la région herniaire, puis, ayant franchi l'anneau aponévrotique, il tombe dans la cavité intestinale. Et on se trouve alors en présence soit d'une cavité qui communique de part et d'autre avec les deux bouts de l'intestin, soit d'un obstacle, d'une cloison verticale qui arrive presque au niveau de l'orifice cutané et qui est disposé de telle sorte qu'il efface le bout efférent de l'intestin et dirige tout le contenu du bout afférent vers l'extérieur. D'où, deux types d'anus :

1° Anus avec infundibulum sans éperon ;
2° Anus sans infundibulum et avec éperon.

Et comme il est facile de comprendre que par l'absence d'éperon quelques matières peuvent passer par l'orifice anal naturel, il n'est pas rare de voir survenir la guérison spontanément. Le contraire se passe dans le deuxième cas et ce n'est qu'avec des opérations compliquées qu'on arrivera à la guérison.

Lorsque l'anse intestinale est disposée parallèlement à la paroi (absence d'éperon), les deux bouts de l'intestin sont sensiblement de même calibre. Si les anses intestinales sont adossées en canon de fusil (présence d'éperon), le bout inférieur ne fournissant aucun travail, peut être atrophié. Souvent, par un mécanisme de rétraction cicatri-

cielle on constate l'oblitération de l'orifice du bout supérieur si au niveau du collet l'intestin a été complètement sectionné. Même rétracté, le bout inférieur peut parfois reprendre son calibre. Il faut savoir que l'éperon, cloison mince et saillante, formée par deux parois contiguës de l'intestin, peut diminuer à la longue sous l'influence de la rétraction du mésentère.

L'anus contre-nature est une infirmité que supportent difficilement ceux qui en sont affligés. L'écoulement des matières, leur mauvaise odeur devient une cause d'obsession, de tristesse, de mélancolie, de suicide même. Lorsqu'il siège sur l'intestin grêle (cas le plus habituel), il s'accompagne d'une véritable lientérie; les aliments sortant à peine digérés presque aussitôt après leur absorption. L'écoulement continuel du suc gastrique, pancréatique et de bile qui se fait dans ces cas-là a vite fait de réduire le malade au dernier degré de la cachexie. Quand l'anus siège plus bas, l'absorption intestinale peut se faire en partie surtout quand on a soin d'injecter dans le bout inférieur des substances alimentaires.

Nous ne dirons rien du traitement. Jourdan, dans son excellente thèse (Montpellier, 1910) en a donné une description parfaite. Il nous a semblé indispensable de donner ces quelques rapides notions sur l'anus contre-nature non compliqué, avant d'entreprendre l'étude de ses complications possibles, de celles qui nous intéressent principalement dans ce travail: sténose de l'anus et prolapsus intestinal.

COMPLICATIONS
DE L'ANUS CONTRE-NATURE

La littérature médicale offre quelques cas d'accidents d'ordre psychique que nous ne faisons que signaler, chez les porteurs d'anus contre-nature. Tristesse, mélancolie, tourment continuel causé par leur état et fort compréhensible. Nous n'insisterons pas davantage sur la possibilité d'ulcérations et d'érythèmes autour de l'anus, dus au contact constant des matières fécales et compliqués parfois d'érysipèle. Eventualité plus rare depuis la pratique de de l'asepsie. Sur le pourtour de l'anus, on peut voir aussi se former des abcès, mêmes des phlegmons se compliquant à leur tour de décollements plus ou moins étendus. Comme on le voit, tout se passe comme à la marge de l'anus normal. Même mécanisme, même traitement, par de larges débridements. Tels sont brièvement notés les accidents d'ordre infectieux les plus fréquents qui peuvent compliquer un anus contre-nature.

Accidents d'ordre mécanique. — Après l'institution d'un anus contre-nature, on peut voir se produire, dans un laps de temps variable, une régression dans le calibre du bout inférieur de l'intestin pouvant aller jusqu'à l'oblitération complète. Cette complication peut être expliquée par le manque de fonctionnement du segment et par l'ulcéra-

tion possible de la muqueuse. Peut-on retrouver cette sténose dans le bout supérieur? Terrillon et Chaput, dans leur Communication à l'Académie de médecine, 2 décembre 1890, citent un cas bien curieux de sténose du bout inférieur et supérieur, que nous reproduisons à la fin de ce travail, où ils durent anastomoser la fin de l'intestin grêle avec l'S iliaque pour obtenir une dérivation des matières. Cette sténose peut trouver son explication générale dans l'inflammation de l'intestin, consécutive à l'étranglement et la rétraction par sclérose des bourgeons charnus de la plaie de la paroi. Trois grandes causes peuvent, à notre avis, amener cette sténose:

1° L'apparition d'un abcès interstitiel et le tissu inodulaire rétractile qui en résulte;

2° La propagation à l'S iliaque d'un cancer du rectum;

3° La muqueuse intestinale ne se continuant pas avec la peau, l'entonnoir cicatriciel qui est formé aux dépens de la peau et des muscles de la paroi se rétracte et oblitère l'orifice.

La sténose, une fois établie, entraîne avec elle de l'obstruction, d'où, indication inéluctable à intervention. Sans trop s'y attarder, il faut d'abord essayer de vaincre le rétrécissement par la dilatation au moyen de sondes. On devra essayer de débrider au bistouri en rétablissant un anus plus large ou encore tenter un nouvel anus loin de la lésion. Mais souvent, on sera contraint d'avoir recours à une opération intra-abdominale: l'entéro-anastomose. Après avoir été détaché de la paroi, le segment intestinal, dont le bout rétréci a été sectionné, est fixé à la peau par des sutures qui isolent la grande cavité péritonéale.

Prolapsus de l'intestin. — Parmi les accidents d'ordre mécanique, l'issue à travers l'anus contre-nature de l'intestin retourné en doigt de gant, est un des plus connus,

des plus étudiés, des mieux traités de nos jours. Sous le nom de retournement, de prolapsus, d'éversion, d'évagination, c'est le même phénomène qu'on veut décrire et il faudrait remonter jusqu'à Hippocrate, au *VII^e Livre des Epidémies,* pour en trouver la première description. Dans son Mémoire à l'Académie royale de chirurgie, Sabatier, en 1774, en cite plusieurs cas intéressants. De nombreux chirurgiens, tels que Pollosson, Chaput, Guinard, ont eu affaire à ces complications et ont contribué à en faire mieux connaître l'étude anatomopathologique et opératoire.

Anatomie pathologique. — Le retournement de l'intestin hors de l'anus contre-nature, présente, dit Géraud, dans sa Thèse, en 1902, deux cylindres. La surface muqueuse du cylindre externe de couleur rouge et violacée parfois, présente des phénomènes d'inflammation intestinale. Le cylindre interne est adossé par son côté séreux au même côté du cylindre externe; sa muqueuse est dirigée vers la lumière de l'intestin et se continue d'une part au niveau de l'orifice du prolapsus avec celle du cylindre externe, d'autre part, vers la profondeur, avec celle de l'intestin resté dans l'abdomen. Les deux surfaces séreuses adossées peuvent conserver longtemps leur propriété de glissement, l'éversion est alors réductible; mais souvent, à la suite d'une inflammation venue de la muqueuse, ou de phénomènes d'étranglement des adhérences solides s'établissent entre les deux parois intestinales, l'éversion est alors irréductible. Au point où l'intestin sort de l'abdomen, existe un collier qui répond à l'orifice de l'anus contre-nature. Il est constitué, de la superficie vers la profondeur, par la ligne d'union de la muqueuse avec la peau, les muscles et aponévroses de l'abdomen et péritoine. Ce collier, par le fait de l'inflammation chronique et de la fermeté des plans

qui le limitent, est presque complètement inextensible et devient un agent d'étranglement quand le segment de l'intestin qui s'y engage prend un trop grand volume. La sténose est alors capable de s'opposer non seulement à la sortie des matières et des gaz, mais encore d'amener le sphacèle du boudin procident par suite de la stase sanguine qu'il provoque. Plus l'orifice fait à la paroi sera étroit, moins l'éversion aura chance de se produire, mais par contre, une fois établie, elle s'étranglera avec beaucoup plus de facilité.

Pathogénie et Etiologie. — C'est la pression intra-abdominale souvent accrue par un effort, qui est cause du prolapsus. La muqueuse éversée déborde l'orifice sous forme d'un repli ou bourrelet circulaire. On l'a justement comparé à la doublure trop longue d'une manche d'habit. Il est constitué, comme nous l'avons indiqué, par l'adossement de deux muqueuses séparées par du tissu conjonctif. Un degré de plus et au lieu de la muqueuse seule, ce sont toutes les tuniques de l'intestin qui participent au prolapsus et d'autant plus facilement qu'elles ne sont ici retenues par aucun sphincter. Comme cause adjuvante, il faut signaler la largeur de l'orifice qui sollicite ce glissement intestinal hors de l'anus. Par contre, il est compréhensible qu'un orifice petit, avec tendance à la rétraction oppose avec quelque efficacité, une barrière à l'issue d'un segment. La cause occasionnelle la plus fréquemment observée du prolapsus est sans contredit, l'effort, qui chasse brusquement hors de l'abdomen une anse intestinale.

Symptômes. — La muqueuse intestinale éversée et prolabée ressemble à une tumeur d'un rouge plus ou moins vif suivant la stase veineuse. Elle présente quelques ulcérations, au bout d'un certain temps, causées par les con-

tacts extérieurs. Y a-t-il un seul bout intestinal éversé? La petite tumeur n'offre qu'une seule extrémité libre avec orifice livrant passage aux matières. Dans une éversion double, on trouve, hors de l'anus, les deux bouts de l'intestin divergents et parfois accolés en un seul cylindre. Tiraillés par le mésentère parfois ils ont tendance à se recourber sur l'abdomen. Hors de l'abdomen, la tunique intestinale est sujette à l'inflammation, exposée aux traumatismes, à la gangrène. Cette inflammation peut, par perforation consécutive être cause de péritonite. Elle crée en outre des adhérences entre les tuniques séreuses qui rendent difficile leur réductibilité. D'après ce que nous venons d'exposer, il paraîtra assez aisé de faire le diagnostic de prolapsus avec ou sans complications. Quant au pronostic, il doit toujours être réservé.

Traitement. — Le traitement doit remplir un double but :

1° Empêcher l'accident de se produire ;

2° Supprimer l'éversion et le segment prolabé.

La cause principale du prolapsus étant l'effort, il faudra énergiquement interdire tout effort, tout surmenage.

Certains appareils, ceux de Saxtorph et de Reverdin notamment, en faisant de la compression sur l'orifice sont un obstacle à l'issue intestinale tout en laissant passer les gaz. On peut rendre aussi certains anus presque continents, surtout lorsqu'on les établit, comme le fait notre maître, M. le professeur Forgue, à l'aide d'une ouverture minime à l'intestin, en employant le tube de Paul et en faisant une sorte de sphinctérisation en dissociant, au lieu de les sectionner, les fibres des muscles de la paroi abdominale.

Schitzinger, Quénu, Duval, font la section complète de

l'anse intestinale avec oblitération du bout inférieur. Pour empêcher l'éversion intestinale, le professeur Jeannel et M. Malther, font le procédé de Maydl mais remplacent la lanière de gaze, passée dans le mésentère, par un pont de peau.

Quelle conduite tenir en présence d'un prolapsus constitué? Si on a affaire à un prolapsus réductible, on réintègre l'intestin en refoulant les parois intestinales de l'extrémité du boudin vers sa base et de l'extérieur vers l'intérieur, avec un doigt introduit dans l'orifice on fait la fixation intra-abdominale de l'intestin avec des points de suture l'unissant à la paroi abdominale par son mésentère, ses franges épiploïques ou sa paroi elle-même (entéropexie, colopexie). Si le segment intestinal prolabé est irréductible on peut sectionner en long le cylindre intestinal de façon à le diviser en deux valves; les vaisseaux seront liés au fur et à mesure, puis les deux valves seront sectionnées au ras de l'orifice artificiel et on suturera la muqueuse à la paroi abdominale. Dans un cas de néoplasme du rectum, anus contre-nature et issue d'une anse intestinale à travers la plaie, M. Walther isola l'anus avec des compresses stérilisées, nettoya l'intestin souillé de matières avec une solution de sublimé au un millième, le réduisit dans le ventre et glissa derrière lui un Mikulioz peu volumineux. Une injection d'un demi-litre de sérum fut faite immédiatement.

OBSERVATIONS

Observation Première

Inédite.

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Riche

Anus iliaque gauche pour cancer du rectum.— Eviscération post-opératoire de l'S iliaque; résection au huitième jour; sténose du bout supérieur.

M. de B..., 70 ans, vient me consulter, fin septembre, pour une constipation opiniâtre remontant à quelques mois; depuis quelques semaines, douleurs profondes dans la région anale et amaigrissement.

Le toucher rectal montre, à bout de doigt, un néoplasme bourgeonnant, occupant toute l'ampoule rectale. La tumeur est bloquée et ne peut se mobiliser en aucun sens. L'extirpation est évidemment impossible.

Le 1er octobre, sous anesthésie rachidienne à la syncaïne, on extériorise l'S iliaque, maintenu hors du ventre par une baguette de verre transfixant le méso. Les douleurs rectales cessent dès le lendemain. L'occlusion étant bien supportée, on attend au huitième jour pour l'ouverture de l'anse. Le 8 octobre, au pansement, on se trouve en présence d'un énorme champignon intestinal, et on constate que le malade, qui est un tousseur, a éviscéré son S iliaque sur une longueur de 25 centimètres. Séance tenante, je ré-

sèque au thermo toute la portion éviscérée, non sans une hémorragie assez abondante du méso. Les jours suivants, l'anus iliaque fonctionne régulièrement, d'abord deux fois par jour, puis une seule fois. Après une quinzaine de jours, on est obligé de donner des laxatifs pour obtenir une évacuation tous les deux jours. On constate que l'orifice du bout supérieur admet avec peine une grosse sonde rectale. Cependant, grâce aux laxatifs, le fonctionnement de l'intestin reste satisfaisant; si l'on vient à supprimer les laxatifs, le ventre se ballonne et les selles se suppriment. Deux mois après sa sortie de la clinique, l'état est le même, et je conseille la dilatation régulière de l'orifice.

Observation II

Inédite.

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Riche

Anus cæcal pour cancer du côlon; volumineux prolapsus intestinal à travers l'anus

M. D..., 63 ans, accuse depuis cinq mois de troubles digestifs avec un ballonnement progressif du ventre; la constipation est opiniâtre, les gaz sont rares, parfois quelques vomissements bilieux ou alimentaires.

Le 2 juillet 1919, le ventre est très ballonné; les anses grêles se dessinent sur la paroi en un péristaltisme très net; le cadre colique est aussi perçu. Un peu d'ascite dans les flancs. Il existe un œdème très marqué des membres inférieurs, du scrotum et des parties basses de l'abdomen. Le pouls est petit, fréquent, la langue sèche, l'aspect misérable. Il s'agit en somme d'une obstruction intestinale chronique dont la cause probable est un néoplasme du

côlon, impossible à percevoir par la palpation, en raison de la distension abdominale.

Le 3 juillet, sous anesthésie locale à la syncaïne, incision dans la fosse iliaque droite. On arrive, après issue d'environ deux litres de liquide ascitique, sur un boudin très volumineux, sillonné de veines dilatées, qui paraît être le cæcum et le côlon ascendant. Une anse grêle est attirée; elle est œdématiée, mais peu distendue. Fixation du cæcum à la paroi par quelques points de soie fine. Pansement deux jours après; le malade est soulagé; disparition de l'œdème de la verge et des flancs. Au septième jour, ouverture du cæcum au thermocautère. Il s'écoule plusieurs litres de matières fécales molles. L'état général s'améliore très rapidement dans les jours qui suivent.

Mais, deux ou trois semaines après, il se fait par l'anus cæcal un prolapsus muqueux, d'abord du volume d'un œuf, qui grossit assez rapidement jusqu'à prendre la forme d'un boudin cylindrique atteignant parfois jusqu'à 20 et même 25 centimètres de longueur; l'anus cæcal fonctionne normalement, trois ou quatre fois par vingt-quatre heures. Le prolapsus est facilement réductible, mais se reproduit avec la même facilité, si le malade se lève ou fait un effort de toux. Il n'est pas douloureux, mais gênant, parce qu'il empêche le port d'un appareil récepteur des matières. J'ai essayé, en vain, de lui appliquer quelques raies de feu; il s'est à nouveau reproduit. Le malade est un bronchitique chronique, tousseur invétéré et toute intervention sur le prolapsus paraît aléatoire. Entre temps, la radioscopie a révélé un néoplasme enserrant la partie terminale du côlon descendant et le malade, prévenu de la gravité de l'intervention radicale, préfère conserver son infirmité.

Observation III

Résumée

Anastomose de l'intestin grêle et de l'S iliaque par un anus contre-nature ombilical, compliqué de rétrécissements des deux bouts. (Terrillon et Chaput. Communication à l'Académie de médecine, 2 décembre 1890.)

Madame C..., 58 ans, grande et obèse, entre à la Salpêtrière, le 8 mai 1890, pour se faire soigner d'un anus contre nature ombilical qui avait été établi en juillet 1888, à la suite de l'incision d'un phlegmon stercoral développé dans une hernie ombilicale. Elle ne cessa depuis de perdre toutes ses matières par l'anus contre-nature, bien qu'il passât parfois quelques matières par l'anus vrai, encore un an après l'opération. Cet état dura trois mois, puis tout passa définitivement par l'anus artificiel. Les choses restèrent ainsi jusqu'en mai 1890. A ce moment, nous trouvâmes la malade dans l'état suivant : femme très grasse avec un abdomen considérable. En écartant les plis cutanés de l'ombilic on aperçoit un petit orifice fistuleux imperceptible, bordé d'une petite collerette de muqueuse ; cet orifice mesure deux ou trois millimètres seulement, c'est cependant par lui que la malade évacue la totalité de ses matières.

L'orifice du bout inférieur n'existe pas. La malade évacue avec assez de facilité les matières liquides et semi-liquides, mais il n'en est pas de même des gaz qui, probablement, mettent en jeu un mécanisme de soupape occasionné par la disposition sinueuse du trajet. En effet, la malade présente presque constamment des bosselures abdominales volumineuses, très appréciables à la vue et au toucher, rendant à la percussion un son tympanique. La malade nous

démontre qu'il s'agit bien de gaz en nous faisant remarquer les gargouillements avec coliques qui s'y produisent; de plus, avec une canule en caoutchouc durci, analogue à un spéculum auri, du volume d'une plume d'oie, elle cathétérise son orifice ombilical. A peine la canule est-elle introduite, qu'une quantité énorme de gaz fétide s'échappe et que les bosselures s'affaissent. Nous portons le diagnostic d'anus contre nature siégeant sur le côlon transverse (à cause du siège ombilical et de la nature des selles bien liées), compliqué de rétrécissement considérable du bout supérieur avec oblitération absolue du bout inférieur. En présence de ces lésions, nous renonçâmes à attaquer directement l'anus contre-nature et nous nous mîmes en devoir d'anastomoser la fin de l'intestin grêle avec l'S iliaque pour obtenir une dérivation au cours des matières.

Le procédé employé fut d'abord celui de la pince. Dans un premier temps, on fit une incision médiane sous-ombilicale qui conduisit dans le péritoine. Le cæcum et la terminaison de l'iléon étaient énormes. L'S iliaque était du volume du petit doigt et accolé à la fosse iliaque. Les deux intestins furent suturés, l'un (le grêle) à la lèvre droite du péritoine, l'autre (l'S iliaque) à la lèvre gauche du péritoine pariétal. On fit ensuite l'incision au thermocautère, des deux intestins. Plus tard, ce nouvel anus fut fermé après plusieurs applications de pince-entérotome, suivies de sutures des lèvres intestinales et cutanées. L'évacuation des matières se fit par l'anus et il ne persista qu'une très petite fistule ombilicale par où s'écoulait un peu de matières fécales quand la malade avait de la diarrhée.

CONCLUSION

D'après cette étude succincte, illustrée par deux cas inédits observés par M. le professeur Riche, il est aisé de conclure à la possibilité assez fréquente de complications d'anus contre-nature chirurgicaux, telles que : prolapsus intestinal et sténose de l'anus. Nous avons essayé, dans ce modeste travail, en discutant les divers traitements appropriés, de mettre en garde l'opérateur contre de si désagréables surprises et nous avons indiqué quels immenses progrès l'asepsie a permis de réaliser dans les interventions intra-péritonéales — qui restent les méthodes de choix contre ces complications, interventions qui ont remplacé le traitement orthopédique et purement hygiénique de l'ère prélistérienne.

BIBLIOGRAPHIE

Alquier. — Des anus contre-nature. *Thèse d'agrégation,* Paris, 1848.

Ardouin. — Persistance du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic; fistule stercorale; omphalectomie ; extirpation du diverticule; guérison. *Arch, provinciales de chirurgie,* XVII, 1 à 6.

Bœckel. — Entérorraphie pour un anus contre-nature. *Société de chirurgie,* XVI, 330.

Bouilly. — Entérectomie et entérorraphie. *Revue de chirurgie,* t. I, 1881.

Bousquet. — Hernie crurale étranglée ayant nécessité l'établissement d'un anus artificiel ; cure radicale de cet anus; guéri. *Centr. médic. et pharm.,* Gannet, 6, XI, p. 658-664.

Chaput. — Nouvelle méthode pour la cure de l'anus contre-nature. *Archives gén. de méd.,* 1890.

— De l'entéro-anast. *Archives gén. de méd.,* 1891. Congrès Berlin, 1890.

— Anus contre-nature par forcipressure. *Acad. de médecine,* 2 août et 6 septembre 1892.

— *Traité de chirurgie Duplay et Reclus.*

Crespin. — Etude sur les anastomoses de l'iléon et de la portion terminale du gros intestin. *Thèse Lille,* n° 122.

Cruveilhier. — *Traité d'anatomie pathologique,* t. I.

Delore et Patel. — Trait. de l'anus contre-nature. *Rev.* de chirurgie, 1901, p. 667-791.

Delore et Thévenet. — Trait. de l'anus contre-nature. *Lyon chirurgical,* t. I, n° 2, p. 115-128.

Delore et Chalier. — De l'extirpation périnéale des cancers de l'anus et du rectum. Considér. établies sur 19 opér. personnelles. *Rev. de chirurgie,* XXXV, 784-805.

Desault. — *Journal de chirurgie,* t. I, p. 186 et 194.

Duclos. — Des indications et de la valeur de l'anus contre-nature dans les cancers du gros intestin (rectum excepté. *Thèse Paris,* n° 188.

Dupuytren. — *Mémoires de l'Acad. royale de médecine,* 1828, et *Leçons de chir. clin.,* 1832.

Fochier. — *Lyon médical,* 1874.

Forgue. — Anus contre-nature sur le cæcum traité par la résection; bouton de Murphy. *Bullet. et mém. Société de chirurgie,* XXI, p. 549.

Foucher. — De l'anus contre-nature. *Thèse agrég.,* Paris, 1857.

Géraud. — Des complications de l'anus contre-nature. *Th.* Paris, n° 357.

Gosselin. — *Bulletin Soc. chir.,* 1858.

Guyon. — *Dict. encycl. des sc. méd.,* article: Anus contre-nature.

Hartman. — Technique de l'anus iliaque. *XII*e *Congrès internat. de méd.,* section de chir. gén., 1900.

Jaboulay et Bérard. — *Province médicale,* p. 223.

Jeannel. — Chirurgie de l'intestin. *Institut de bibliogr. scientif.,* Paris.

Jourdan. — Du traitement chirurgical des anus contre-nature et des fistules stercorales. *Thèse Montpellier,* n° 114.

Lambret. — Opération en trois temps pour cancer du rectum : 1° établissement de l'anus iliaque ; 2° ablation du cancer ; 3° suppression de l'anus iliaque. *Bulletin Société médec. du Nord,* Lille, XII, p. 107

Le Dentu. — Du traitement des fistules stercorales et de l'anus contre-nature ; observations d'entérorraphie latérale et d'entéro-anastomose. *Congrès fr. de chirurgie,* p. 224.

Marie. — Cure opératoire d'une fistule stercorale spontanée consécutive à une hernie crurale étranglée non opérée. *Centre méd. et pharm.,* Gannat, XV, p. 17-20.

Mori. — Ein Beitrag zur Technik der Darmresektion bei der Behandlung der Anus prœter-naturalis. *Arch. f. Klin. Chirurg.,* Berlin, t. XXXIX, p. 451-462.

Nélaton. — *Eléments de pathologie chirurgicale.*

Olier. — Contribution à l'étude du traitement de l'anus contre-nature, par l'entérorraphie circulaire. *Th. Montpellier,* n° 73.

Pantaloni. — Chirurgie du gros intestin ; deux cas d'anus contre-nature et deux cas de cancer traités par la résection et suivis de guérison. *Arch. provinc. de chirurgie,* XIV, p. 129.

Pauchet. — Occlusion aiguë par diverticulite chronique ; entérostomie à droite ; cure de l'anus artificiel par l'abouchement dans le cæcum. *Bull. et mém. de la Société de chirurgie de Paris,* XXIX, 1161-1166.

Pollosson. — *Thèse agrégation,* Paris, 1883.

Sabatier. — Mémoire sur l'anus contre-nature. *Acad. roy. de chir.,* 1774, t. V.

Savariaud. — Cure radicale de l'anus contre-nature par un procédé nouveau. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie de Paris,* t. XXXV, n° 27, p. 923.

Terrier (Félix). — *Bullet. Soc. de chir.*, 9 nov. 1898, et *Revue de chir.*, 1901, p. 129, 621, 739.

Tixier. — Cancer du haut rectum; hystérectomie totale; entérectomie; entérorraphie; guérison. *Revue de chirurgie*, t. XXXVII, p. 100.

Vanverts. — Exclusion de la plus grande partie de l'intestin par un anus contre-nature. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, XXXIX, p. 610.

Verneuil. — *Bullet. Soc. de chir.*, 1870.

Von Frisch. — Zur Behandlung der anus prœter-naturalis. *Wien. Klin. Woch.*, XXII, p. 785-789.

Young Brown. — Anus artificiel consécutif à une opération pour invagination; occlusion complète du gros intestin durant trois ans; méthode pour rétablir sa continuité. *XXII^e Congrès d'Ass. et Acc. et Gyn. Américc.*, Fort-Wayne, 21-23 sept.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 29 avril 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 29 avril 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!